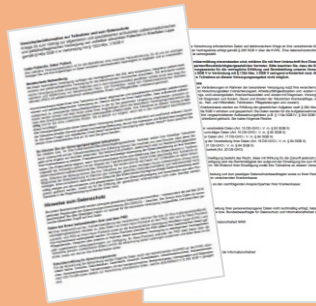


# Ablaufschema der Patienteneinschreibung durch teilnehmende koordinierende Haus-/Fachärzte

Aufklärung und Aushändigung der  
Versicherteninformation zur Teilnahme  
und zum Datenschutz (Anlage 3b)



**Kopie der ausgefüllten und unterschriebenen Patiententeilnahmeerklärung (Anlage 3)  
zusammen mit dem Stammdatenblatt (Anlage 3a)**



an den PKD übermitteln!



**Bestätigung über den Palliativstatus des Patienten durch einen QPA des PKD liegt vor!  
(durch Ersttelefonat und/oder zurückgesandter Anlage 3a)**



Patiententeilnahmeerklärung unmittelbar  
im Original postalisch an die KVWL  
senden:

**Kassenärztliche Vereinigung  
Westfalen-Lippe  
Robert-Schirrigk-Str. 4 – 6  
44141 Dortmund**

**Anlage 3**  
Zum Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegepsychischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe

**Erklärung zur Teilnahme**  
- Anlagen 3 (in Kopie) und 3a vom HAFA an PKD senden -  
- Original bei der KVWL einreichen -

**1. Teilnahmeerklärung:**  
Hiermit erkläre ich,  
• dass ich ausführlich und umfassend über die Inhalte dieser besonderen Versorgung informiert wurde  
• dass meine Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung beginnt.  
• dass ich mich nach Ablauf der Widerrufsfrist für 12 Monate an diese besondere Versorgung binde.  
• dass ich zur Kenntnis genommen habe meine Teilnahme nur aus einem wichtigen Grund vor Ablauf der Einigungsfrist beenden zu können.  
• dass die Teilnahme an dem Vertrag bei Widerruf der Einwilligung in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke, meinem Ende des Versicherungsverhältnisses oder mit dem Ende des nachstehenden Leistungsanspruches nach § 53 SGB V der meinem erst Vertrag zugehörigen Krankenkasse endet.  
**Widerrufung über die Widerrufsfrist:** Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von 3 Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse.

**2. Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung, Datenverarbeitung und in die Beauftragung Dritter zur Verarbeitung meiner Informationen zur Einschreibung und in die Datenbereitstellung für Abrechnungszwecke:**  
Mit der nachfolgend beschriebenen Datenbereitstellung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhabenen medizinischen und postalischen Daten bin ich einverstanden. Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen. Eine Teilnahme an diesem Vertrag ist dann aber nicht mehr möglich.  
Diese Teilnahmeerklärung wird der zuständigen Krankenkasse über die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) übermittelt. Zum Zweck der Abrechnung übermittelt die teilnehmende Arzt die Daten Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Geburtsdatum, Versicherungsnummer, Kassennummer, Versicherungsstatus, Behandlungsjahr, Teilnahmezeitpunkt, Versicherungsleistung und Ihren Wert, Art der Hauptärztlichen, Sekundärärztlichen Leistungen, Versicherungsdaten und Diagnosen nach ICD-10-DM an die mit der Abrechnung beauftragte KVWL. Die KVWL leitet diese Abrechnungsdaten an die zuständige Krankenkasse weiter. Die zuständige Krankenkasse informiert die KVWL über den aktuellen Stand meiner Teilnahme, z. B. über mein Teilnahmende. Die für den Vertrag auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 53a SGB V i. V. m. § 68 SGB II) erhabenen und gespeicherten Daten werden bei Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden. Lediglich spätestens 10 Jahre nach Ende der Teilnahme.

Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an dem „Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegepsychischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe“ teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift. Die Versicherungsnummer und das Datenverarbeitungsprotokoll habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen; ich erkläre mich mit den dort genannten Inhalten einverstanden.

TT MM JJJJ  
Unterschrift des Versicherten bzw. seines gesetzlichen Vertreters/ Bevollmächtigten/Therapeuten/Liebespartners

Bitte das heutige Datum eintragen.

- Vom behandelnden Arzt auszufüllen -

Ich bestätige die Einschreibung dieses Patienten in den Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegepsychischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe.  
Die Bestätigung über den Palliativstatus des Patienten durch einen qualifizierten Palliativmediziner (QPA) liegt vor.  
(Bei Rückmeldung wieder zurückgesandte Anlage 3a)  
TT MM JJJJ  
Unterschrift Vertragsterminpunkt